

FICHE D'URGENCE**IDENTITE DE L'ELEVE**

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F
 Né(e) le : ___ / ___ /20__ à _____ Fratrie (nom, prénom date de naissance) _____

RESPONSABLES LEGAUX

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Parenté	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre
Nom		
Prénom		
Adresse complète		
Tél. fixe		
Tél. travail		
Tél. portable		
Adresse mail		
Profession		
Communication	<input type="checkbox"/> j'autorise la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves <input type="checkbox"/> je n'autorise pas la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves	<input type="checkbox"/> j'autorise la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves <input type="checkbox"/> je n'autorise pas la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves
Situation*	<input type="checkbox"/> mariés (ou pacsés) <input type="checkbox"/> séparés <input type="checkbox"/> famille monoparentale <input type="checkbox"/> concubinage Si divorcés mode de garde (alternée, résidence habituelle chez la mère, chez le père...)	

* En cas de parents séparés, fournir une copie du jugement de divorce avec mention de l'attribution de la garde de l'enfant

AUTRES PERSONNES A APPELLER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

Nom				
Prénom				
Lien de parenté / de connaissance				
Numéro de tél.				
	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé(e) à prendre l'enfant	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé(e) à prendre l'enfant	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé(e) à prendre l'enfant	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé(e) à prendre l'enfant

FICHE MEDICALE

EN CAS D'URGENCE, le centre 15 (SAMU) sera appelé. Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Nom du médecin traitant	Adresse	Numéro de tél.
Dr.		

Port de lunettes	<input type="checkbox"/> OUI : préciser si votre enfant doit garder ses lunettes pendant les séances d'EPS/motricité, les récréations : _____ <input type="checkbox"/> NON
Allergies à signaler	
Contre-indication à la pratique de certaines activités	
Situation médicale particulière à signaler RAPPEL : Aucun médicament ne peut être donné aux enfants à l'école.	<i>*Si l'état de santé de votre enfant nécessite un aménagement particulier au niveau de sa scolarité ou la prise de médicaments pendant le temps scolaire, un <u>Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)</u> devra être mis en place.</i>

Droit à l'image :

Dans le cadre de notre travail pédagogique, nous sommes amenés à utiliser des photographies ou des enregistrements vidéo ou audio des élèves de l'école. La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents pour cette utilisation. Aussi, nous vous demandons de bien vouloir remplir cet encadré. Un refus de votre part impliquera soit d'écarter votre enfant lors des prises de vues, soit de masquer son visage.

Je (nous), soussigné (é,s).....

Autorise (ons) / n'autorise (ons) pas (barrer la mention inutile) mon enfant à apparaître sur des photos ou vidéos de l'école.

ASSURANCE :

Une attestation d'assurance (responsabilité civile et individuelle accident) vous est demandée à chaque rentrée scolaire

IMPORTANT : Nous signalerons par écrit à l'enseignant et à la directrice toute modification survenant en cours d'année concernant les renseignements mentionnés ci-dessus.

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2	Autre RESPONSABLE
<i>J'atteste de l'exactitude de ces informations</i>	<i>J'atteste de l'exactitude de ces informations</i>	<i>J'atteste de l'exactitude de ces informations</i>
Le : Signature :	Le : Signature :	Le : Signature :